様式第三号（第四条関係）

記入不要	消除年月日	

言語聴覚士名簿登録消除申請書

登録番号	第　　号	登録年月日	平成・令和　　年　　月　　日

コード番号	
本籍（国籍）	都道府県

ふりがな	(氏)	(名)
氏名		

生年月日	昭和・平成・令和・西暦　　年　　月　　日

消除理由の生じた年月日	平成・令和　　年　　月　　日

※コード番号	
消除理由	死亡・失踪・その他

上記により言語聴覚士名簿の登録を消除されたく免許証（免許証明書）及び関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

電話	（　　）
住所	都道府県　市郡　区　町村　番地号
氏名	

厚生労働大臣
指定登録機関代表者　殿

※印の欄は記載しないこと。